

## Ergänzungsbogen LSP Evaluation

**Evaluation einer Nierenlebenspende** \* diese Seite komplett ausfüllen.

**Erst nach Erhalt der Unterlagen werden Termine vergeben**

**Relevante Vorerkrankungen: kardiovaskulär, Tumore, Infektionskrankheiten, Nierenerkrankungen, Nierensteine**

### Potentieller Nierenlebenspender:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Beziehung zum Empfänger: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

### Kopien der Originalbefunde dringend mitsenden:

- Labordaten: -S-Kreatinin - eGFR (CKD-EPI) - nüchtern BZ - HbA1c
- Urin: - U-Status/ U- Sediment - Albumin/Kreatinin Ratio - Protein/Kreatinin Ratio (mg/g Krea)
- 24h RR Messung (kompletter Befund)
- **aktueller Arztbrief mit relevanten Vorerkrankungen und Medikation**

### Empfängerdaten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Ihr Ansprechpartner für die Lebendspendekoordination:

Medizinische Hochschule Hannover  
Lebendspende – OE 1124  
Frau Susann Schumann  
Carl- Neuberg- Strasse 1  
30625 Hannover

Faxnummer: 0511 532 3106  
E-Mailadresse: [Lebendspende@mh-hannover.de](mailto:Lebendspende@mh-hannover.de)  
Telefonnummer : 0511-532-9327 / 6303

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
(Stempel der Dialyseeinrichtung)

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes (Bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes